



ELABORAT

Doamna

Zinaida ALEXA

Președintele Consiliului Calității

” 03 ”_ianuarie_2023

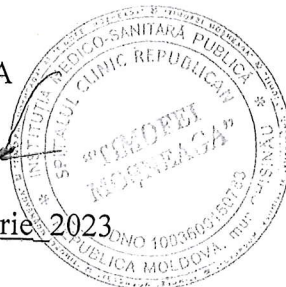
APROBAT

Domnul

A. UNCUȚA

Director

” 19 ”_ianuarie_2023



RAPORT DE ACTIVITATE
a Consiliului Calității pentru anul 2022



În scopul asigurării continuității a procesului de consolidare a sistemului de management al calității serviciilor medicale prestate în instituție și în legătură cu operarea unor modificări în structura organizatorică a instituției la 11.01.2022 a fost emis Ordinul nr. 6 „ Cu privire la activitatea Consiliului Calității al IMSP SCR „Timofei Moșneaga”. Conform ordinului în cauză a fost aprobată componența nouă a Consiliului Calității și componența nominală a Comitetelor de Calitate.

În scopul asigurării continue a procesului de îmbunătățire a calității serviciilor medicale prestate de instituție, Consiliul Calității și Comitetele de calitate, au activat conform prevederilor ”Regulamentului privind activitatea Consiliului Calității” aprobat prin Ordinul nr. 211 din 29.12.2020 și planului anula de activitate.

La începutul anului a fost elaborat planul de activitate al Consiliului Calității și planuri de activitate separate pentru fiecare Comitet de Calitate, unde au fost incluse numărul și tematica POS, care urmau să fie elaborate de comitet, instruirea personalului conform POS –urilor elaborate și aprobate la ședințele Consiliului Calității, implementarea POS-urilor aprobate, evaluarea implementării POS-urilor aprobate prin intermediul misiunilor de audit medical intern, elaborarea de acțiuni corective conform auditului medical intern, efectuarea monitorizării implementării acțiunilor corective conform planului aprobat.

Pentru anul 2022 au fost propuse efectuarea a 9 ședințe ale Consiliului Calității, la care trebuiau să fie aprobate 30 POS, 15 Acorduri standartizate pentru intervenții chirurgicale și 24 PCI. În anul 2022 au fost efectuate 9 ședințe ale Consiliului Calității la care au fost aprobate 17 POS, ceea ce reprezintă doar 56,7% din cele planificate, 1 acord standardizat tip (acorduri specific nu au fost elaborate din cauza divergențelor de opinii la acest subpunct) și 5 PCI sunt la etapa de aprobare (21%).

Realizarea complete a activităților este reprezentată în tabelul 1.

Tabelul 1. Executarea planului de activități ale Consiliului Calității pe parcursul anului 2022

Nr	Activitate	Indicatori	Ținta	Notă privind executarea
1.	1.1. Analiza chestionarelor de satisfacție a personalului medical 2021	Raport de analiză a chestionarelor de satisfacție Plan de acțiuni pentru îmbunătățire Rata de anchetare a personalului medical 50%	100% 100%	A fost prezentat raportul privind evaluarea satisfacției personalului medical cu elaborarea unui plan de acțiuni de îmbunătățire a situației care partial a fost realizat. Satisfacția personalului medical apreciată la 35,9%.
	1.2. Analiza chestionarelor de satisfacție a pacienților pentru anul 2021	Rata de anchetare a pacienților 10%		A fost prezentat raportul privind evaluarea satisfacției pacienților medical cu elaborarea unui plan de acțiuni de îmbunătățire a situației care partial a fost realizat. Au fost chestionați 1,23% din pacienții tratați din Departamentul terapie, 0,63% din Departamentul chirurgie, 1,49% din Departamentul Covid, 1,57% din secția consultativă .S-a propus de mărit numărul celor intervievați mai mult de 10% pentru a face concluzii veridice.
	1.3. Aprobarea planului de îmbunătățire a calității serviciilor medicale	Plan elaborat Plan aprobat Aduș la cunoștința membrilor CC	100%	Plan elaborat



	1.4. Aprobarea planului de instruiți privind POS aprobate	Plan de instruiți elaborat și aprobat Instruiți efectuate Rata personalului instruit	100% 90% 50%	Plan elaborat cu efectuarea instruiților pe POS.
	1.5. Aprobarea PCI în baza PCN-371 Infecția SARS-CoV2 ediția VII	PCI aprobat	100%	PCI aprobat
2.	2.1. Aprobarea echipei de audit și a programului de audit intern pentru 2022	Echipa de audit aprobată Program de audit aprobat Plan de audit aprobat	100%	Echipa de audit, plan și program de audit aprobat
	2.2. Aprobarea 3 POS elaborate	3 POS discutate și aprobate	80%	35% Aprobarea POS- privind raportarea rezultatelor critice de laborator
	2.3. Aprobarea planului de instruiți privind POS aprobate	Plan de instruiți elaborat și aprobat Instruiți efectuate Rata personalului instruit	100% 90% 50%	Plan de instruiți elaborate și aprobat Efectuate instruiți planului 100%, rata personalului instruit din echipa administrativă –78,85% Rata personalului instruit în secții – 24,7%
	2.4. Aprobarea 3 Acorduri standardizate pentru intervenții chirurgicale	5 Acorduri discutate și elaborate	80%	A fost aprobat draftul de Acord standardizat pentru intervenții chirurgicale, însă pentru fiecare intervenție nu au fost elaborate.
	2.5. Elaborarea planului de instruiți privind Acordurile standardizate pentru intervenții chirurgicale	Plan de instruiți elaborat și aprobat Instruiți efectuate Rata personalului instruit	100% 90% 50%	Absent
3.	3.1. Elaborarea și aprobarea a 4 PCI	4 PCI aprobate	70%	Nu s-a efectuat
	3.2. Elaborarea și aprobarea a 4 POS	4 POS aprobate	70%	50% Aprobarea 2 POS privind gestionarea deșeurilor și privind sterilizarea
	3.3. Elaborarea planului de instruiți privind POS elaborate	Plan de instruiți elaborat și aprobat Instruiți efectuate Rata personalului instruit	100% 90% 50%	Plan de instruiți elaborate și aprobat Efectuate instruiți planului 100%, rata personalului instruit din echipa administrativă –0 % Rata personalului instruit în secții –42,02%
4.	4.1. Aprobarea 4 Acorduri standardizate pentru intervenții chirurgicale	4 Acorduri discutate și elaborate	80%	Absent
	4.2. Elaborarea planului de instruiți privind Acordurile standardizate pentru intervenții chirurgicale	Plan de instruiți elaborat și aprobat Instruiți efectuate Rata personalului instruit	100% 90% 50%	Absent
	4.3. Aprobarea Registrului riscurilor	Registrul riscurilor elaborat și aprobat	60%	În process de elaborare
5.	5.1. Elaborarea și aprobarea a 5 PCI	5 PCI aprobate	70%	Absent
	5.2. Elaborarea și aprobarea a 5 POS	5 POS aprobate	70%	80% Aprobarea 4 POS: Evidența, supravegherea IAAM Gestionarea dosarului angajatului Recepționarea medicamentelor Externarea pacientului
	5.3. Elaborarea planului de instruiți privind POS elaborate	Plan de instruiți elaborat și aprobat Instruiți efectuate Rata personalului instruit	100% 90% 50%	Plan de instruiți elaborate și aprobat Efectuate instruiți planului 100%, rata personalului instruit din echipa administrativă –37,1% Rata personalului instruit în secții –69,68%
6.	6.1. Analiza chestionarelor de satisfacție a personalului medical pentru I semestru al anului 2022	Raport de analiză a chestionarelor de satisfacție Plan de acțiuni pentru îmbunătățire	100% 100%	Chestionarea a fost efectuată 1 dată în an în noiembrie



	6.2. Analiza chestionarelor de satisfacție a pacienților pentru I semestru al anului 2022			Analiza efectuată la zi
	6.3. Elaborarea și aprobarea a 6 PCI	5 PCI aprobate	70%	Absent
	6.5. Elaborarea și aprobarea a 6 POS	5 POS aprobate	70%	50% Aprobate 3 POS: Evidența și examinarea petițiilor Identificarea pacienților în instituție Internarea pacientului
	6.6. Elaborarea planului de instruire privind POS elaborate	Plan de instruire elaborat și aprobat Instruire efectuate Rata personalului instruit	100% 90% 50%	Plan de instruire elaborate și aprobat Efectuate instruire planului 100%, rata personalului instruit din echipa administrativă –50% Rata personalului instruit în secții -53,52%
	6.7. Aprobarea 8 Acorduri standardizate pentru intervenții chirurgicale	8 Acorduri discutate și elaborate	80%	Absent
	6.8. Elaborarea planului de instruire privind Acordurile standardizate pentru intervenții chirurgicale	Plan de instruire elaborat și aprobat Instruire efectuate Rata personalului instruit	100% 90% 50%	Absent
7.	7.1. Elaborarea și aprobarea a 5 PCI	5 PCI aprobate	70%	Elaborată Instrucțiunea privind elaborarea PCI
	7.2. Elaborarea și aprobarea a 4 POS	4 POS aprobate	70%	75% Aprobate 3 POS: Depozitarea medicamentelor Gestionarea medicamentelor Manipularea, utilizarea și transfuzia sângelui
	7.3. Elaborarea planului de instruire privind POS elaborate	Plan de instruire elaborat și aprobat Instruire efectuate Rata personalului instruit	100% 90% 50%	Plan de instruire elaborate și aprobat Efectuate instruire planului 100%, rata personalului instruit din echipa administrativă – 19,02% Rata personalului instruit în secții -81,2%
8.	8.1. Rezultatele de etapă ale auditului intern			Raport de etapă prezentat
	8.2. Elaborarea și aprobarea a 5 PCI	5 PCI aprobate	70%	Elaborată lista PCN care necesită a fi instituționalizată cu desemnarea responsabililor pentru elaborare
	8.3. Elaborarea și aprobarea a 4 POS	4 POS aprobate	70%	50% Aprobate 2 POS: Evaluarea riscurilor Managementul documentelor organizatorice și de dispoziție
	8.4. Elaborarea planului de instruire privind POS elaborate	Plan de instruire elaborat și aprobat Instruire efectuate Rata personalului instruit	100% 90% 50%	Plan de instruire elaborate și aprobat Efectuate instruire planului 100%, rata personalului instruit din echipa administrativă – 78,57% Rata personalului instruit în secții -79,41%
9.	9.1. Elaborarea și aprobarea a 4 POS	4 POS aprobate	70%	25% Aprobarea POS- privind raportarea rezultatelor critice de laborator
	9.2. Elaborarea planului de instruire privind POS elaborate	Plan de instruire elaborat și aprobat Instruire efectuate Rata personalului instruit	100% 90% 50%	Plan de instruire elaborate și aprobat Efectuate instruire planului 100%, rata personalului instruit din echipa administrativă –71,43% Rata personalului instruit în secții -24,7%.
	9.3. Rezultatele analizei implementării PCI în cadrul instituției	Raport despre implementarea PCI aprobate	50%	Nu a fost efectuat
	9.4. Rezultatele activității CC, pentru anul 2022	Raport de activitate	100%	Raport de activitate prezentat
	9.5. Aprobarea planului de activitate a CC, pentru anul 2023	Plan de acțiuni elaborat și aprobat	100%	Plan aprobat



Activitatea Comitetelor de calitate ale instituției (tabelul 2), a fost un pic mai productivă comparativ cu anul precedent, dar totuși timpul insuficient, inerția și reticența la schimbare sunt principalele bariere în optimizarea activităților.

Tabelul 2. Activitățile efectuate de Comitetele de calitate

Nr	Denumirea Comitetului	Responsabil	POS planificate	POS realizate
1.	Îmbunătățirea calității și siguranței pacienților	Nadejda Neronova	5	4
2.	Accesul la îngrijirile medicale și evaluare pacientului	Oxana Bujor	5	2
3.	Managementul și utilizarea medicamentelor	Victoria Babcinețchi	5	3
4.	Managementul pacientului chirurgical și ATI	Alexandru Botizatu Ruslan Atanasov	5	1
5.	Îngrijirea pacientului	Valentina Saghin	3	0
6.	Prevenirea și controlul infecțiilor	Daniela Donea	6	5
7.	Managementul facilităților și siguranței	Ștefan Bulgaru	4	0
8.	Calificarea și educarea personalului	Victoria Sajin	5	1
9.	Managementul comunicării și informării	Elizaveta Temciuc	5	2

În scopul îmbunătățirii continue a practicilor medicale, în conformitate cu prevederile Ordinului Ministerului Sănătății nr. 519 din 29.12.2008 "Cu privire la sistemul de audit medical intern" și intru realizarea Planului de activitate a Consiliului Calității al IMSP Spitalul Clinic Republican „Timofei Moșneaga”, la 28.03.2022 a fost emis ordinul nr. 42 „Cu privire la desfășurarea auditului medical intern,” prin care a fost numită perioada efectuării misiunii de audit, a fost aprobat programul de audit medical intern pentru anul 2022, componența grupurilor de audit și planul de audit. Conform planului aprobat la ședința Consiliului Calității misiunea de audit medical intern s-a desfășurat în perioada 04.04-28.11.2022 în secțiile clinice ale instituției.

Pentru început au fost propuse 5 misiuni de audit medical intern care au inclus următoarele domenii:

- Evaluarea practicilor instituționale de respectare a drepturilor pacientului (POS DP-01 privind drepturile pacientului și însoțitorilor, POS DP-02 privind informarea pacientului și obținerea acordului informat și standardele de evaluare și acreditare pentru secțiile clinice spitalicești 1.1; 1.2; 1.3);
- Analiza proceselor de organizare a activității secției;
- Evaluarea corectitudinii completării fișei medicale a bolnavului de staționar (POS MCI-01 privind controlul și menținerea fișei medicale a bolnavului de staționar și standardele de evaluare și acreditare pentru secțiile clinice spitalicești 2.1);



- Aprecierea corectitudinii completării foii de indicație în vederea monitorizării utilizării rationale a medicamentelor (standardele de evaluare și acreditare pentru secțiile clinice spitalicești 3.1; 3.2; 3.3)
- Studiarea practicilor de prescriere a remediilor antimicrobiene.

Misiunea de audit a decurs conform planului cu prezentarea raportului intermediar de audit medical intern al Departamentului de terapie la ședința Consiliului Calității din 16.06.2022, raportul final pe toate departamentele a fost prezentat la ședința din 28.11.2022. Fiecare șef de subdiviziune și de departament a primit raportul cu toate neconformitățile constatate pe parcursul misiunii de audit. Toate secțiile au prezentat planuri de lichidare a neconformităților, implementarea cărora se află la monitorizarea secției MEISAM. Au fost indicate instruirii repetate pentru unele subdiviziuni. Instruirile au fost ghidate de secția MEISAM și au avut loc în luna decembrie 2022. Secțiile cu rata neconformităților înaltă au fost incluse în planul de reauditare pentru anul 2023.

Concluzii:

1. Pe parcursul anului 2022 Consiliul Calității și-a desfășurat activitatea în mod satisfăcător, efectuând 9 ședințe.
2. Activitățile propuse în planul anual din 2022 au fost foarte ambițioase, dar din varia motive nu au fost posibil de realizat în totalitate, astfel încât au fost aprobate doar 17 POS (56,7%) pentru care au fost efectuate instruirii ale angajaților instituției. A fost aprobat doar 1 PCI, iar 5 PCI sunt la verificare, a fost revizuit acordul standartizat la anestezie și aprobat acordul-tip standartizat pentru intervenții chirurgicale.
3. În instituție au fost efectuate 5 misiuni de audit medical intern (realizare 100% conform planului) și 2 misiuni de audit în cadrul controlului intern managerial cu prezentarea rapoartelor.
4. Pe parcursul anului a fost efectuată evaluarea satisfacției pacienților și a personalului. Rata de pacienți chestionați a fost de 2,86%, iar rata angajaților chestionați a fost de 43,5%. În urma efectuării analizei rezultatelor satisfacției pacienților și a personalului au fost elaborate planuri de acțiuni pentru îmbunătățirea situației din instituție.
5. Comitetele de calitate au activat conform planului elaborat, însă rata de realizare a activităților în cadrul comitetelor este cu o diversitate diversă de la 0% la 80% dintre activitățile planificate, ceea ce a determinat necesitatea de a modifica structura comitetelor și planificarea unor obiective realizabile.
6. Principalele bariere identificate în realizarea activităților propuse au fost – suprasolicitarea personalului medical cu obligațiunile de bază, timp insuficient pentru participarea în activitățile organizatorice (POS, instruirii, PCI etc), inertia la schimbare precum și reticența la activitățile propuse.